

**PROGRAMA COMUNITARIO DE ENTRENAMIENTO DE
PADRES DE NIÑOS ENURÉTICOS: EFECTOS EN EL
CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO DE LOS PADRES
Y EFICACIA EN CASOS TRATADOS**

J.M. Bethencourt Pérez

P. García Medina

C. Ramos Pérez

F. Díaz Cruz

A. Fernández Valdés

Dpto de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

En nuestro trabajo hemos querido poner a prueba un modelo de intervención por medio del entrenamiento de padres de niños enuréticos. Específicamente nos hemos centrado en los siguientes puntos: 1) localización de padres de niños enuréticos, 2) oferta del programa de entrenamiento para que fueran capaces de solucionar el problema en sus propios hijos, 3) recogida de datos de línea base a través de los padres, 4) entrenamiento a los padres sobre concepto, causas, consecuencias y procedimientos terapéuticos en la enuresis, 5) asistencia semanal a los padres sobre el caso que ellos mismos estaban llevando, 6) análisis de resultados en cuanto a conocimientos terapéuticos y éxito/fracaso terapéutico.

Palabras clave: *NIÑOS ENURÉTICOS, ENTRENAMIENTO DE PADRES, TRATAMIENTO COMUNITARIO, TERAPIA FAMILIAR COMUNITARIA.*

SUMMARY

The most important aim of this paper is to present the results obtained in the testing of a model whose main objective is the training of parents of enuretic children. Within this training program the most important points we wanted to focus on were the following: 1. Getting in contact with parents of enuretic children; 2. Offering to these parents a usefull training program; and so they would be able to help their children; 3. Collecting data; 4. Training parents about causes, consequences and therapeutic procedures of enuresis; 5. Offering weekly assistance to parents; 6. Analysis of results.

Key words: ENURETIC CHILDREN, PARENTS TRAINING, COMMUNITY TREATMENT, COMMUNITY FAMILY THERAPY.

1. INTRODUCCIÓN

La sensibilidad de este programa gira en torno al problema frecuente de la enuresis y a sus consecuencias, tanto para la familia como para el niño/a.

Según la clasificación DSM-III-R de la American Psychiatric Association (APA, 1988), estos serían los criterios para diagnosticar la enuresis: (a) emisión repetida de orina durante el día o por la noche en la cama o en las ropas, involuntaria o intencional; (b) dos episodios al mes, por lo menos, en niños que tienen entre cinco y seis años; y, únicamente, un episodio al mes para niños mayores; (c) edad cronológica de cinco años y edad mental de cuatro años, y (d) no se debe a trastorno físico como la diabetes, infección del tracto urinario, o crisis convulsivas.

Gran parte de los autores, que trabajan en el tema, parecen estar de acuerdo en considerar la enuresis como un trastorno bioconductual (Houts, 1991; Toro, 1992). Entre los factores que juegan un papel importante en el desarrollo de la enuresis, para los que se ha encontrado apoyo científico, tendríamos que destacar los siguientes: la existencia de vejiga neurogénica o alteración de la actividad del detrusor (Norgaard, 1989; Norgaard, Rittig y Djurhuus, 1989), capacidad funcional de la vejiga disminuida (Toro, 1992), la poliuria nocturna o fracaso de los riñones en concentrar la orina durante la noche, lo que daría lugar a un volumen de orina mayor al que soporta la capacidad funcional de la vejiga (Norgaard et al, 1989), proceso de aprendizaje inadecuado, y falta de motivación (Houts, 1991).

La enuresis es un capítulo de la psicopatología evolutiva importante. Los datos reflejan que entre los 5 y los 7 años los niños sufren de este trastorno con una prevalencia preocupante. Así lo indican algunos porcentajes promedios extraídos de Sánchez Tapado, Sánchez y Romero (1983), Fergusson y cols. (1986) y Rahim y Cederblad (1986): a los 4, un 25,3%; a los 5, un 17,4%; a los 6 un 13%; y a los 7 un 11,5% de los niños la sufren.

Conviene comentar aquí que en casi cualquier edad de todas las poblaciones estudiadas el porcentaje de niñas y adolescentes enuréticas resulta inferior al de varones con el mismo trastorno (Sánchez Tapado y cols, 1986; Rahim y Cederblad, 1986; Toro, 1992).

Gran parte de las familias con este problema han recurrido a "casi todo" con el deseo de encontrar una solución. Muchos de los procedimientos empleados han sido totalmente ineficaces. La falta de éxito les ha decepcionado y han perdido el interés en resolver el problema. Como consecuencia, éste sigue sin solución y, en ocasiones, se agrava.

Las consecuencias del problema afectan tanto a la familia como a los niños:

- Por lo que se refiere a la familia, sufre limitaciones para dormir fuera de casa, la incomodidad que supone cambiar más veces la cama y lavar la ropa, secar el colchón, etc.

- En cuanto a los niños, en ocasiones, suelen ser objeto de algún tipo de castigo por su conducta enurética. Por otro lado, algunos de estos niños suelen pensar que son distintos a los demás y pueden tener problemas de autoconcepto.

Las técnicas de utilización más frecuente, en terapia de conducta, para el tratamiento de la enuresis, han sido la técnica de Mowrer, que utiliza una alarma que suena cuando el niño se orina; el entrenamiento en retención voluntaria de Kimmel, cuyo objetivo es ampliar la capacidad de la vejiga; la técnica de Azrin y Fox, en la que se refuerza el uso del inodoro; y la cama seca, con componentes de alarma, despertar sistemático o escalonado, entrenamiento en retención voluntaria, ejercicios de limpieza, y práctica positiva en despertar rápidamente y orinar.

Generalmente, estas técnicas han sido aplicadas en tratamientos individuales, siendo escasos los trabajos donde, tal y como nosotros nos hemos planteado hacer, se considera la aplicación a núcleos de población en contextos naturales, y utilizando a los padres como terapeutas. Dentro de esta línea de trabajo, Butler (1987) revisó algunos trabajos en los que se ha

aplicado el entrenamiento en cama seca actuando los padres como terapeutas, encontrando una eficacia similar a la de los tratamientos clínicos, pero también con un rango de recaídas entre el 15 y el 50%. Los trabajos de Graña y Carrobbles (1980) y Cáceres (1982), alcanzan resultados similares al anterior, de lo que se deriva que los padres pueden ser tan o más eficaces que un terapeuta en la intervención con niños enuréticos.

Por último, en el trabajo de Cáceres (1993) el autor se plantea si existen diferencias en la eficacia de tres modalidades de intervención: a) tratamiento clínico; b) tratamiento en grupo de padres, y c) intervención mínima, utilizando como tratamiento básico la alarma de Mowrer y contrato de contingencias. Con un criterio de éxito de 14 días consecutivos de cama seca, no encuentran diferencias significativas en la eficacia de las distintas modalidades, obteniendo un porcentaje de eficacia del 69% para el tratamiento individual, del 66% para la intervención con padres, y del 58% para la intervención mínima. La técnica utilizada en las 3 modalidades fue básicamente la de aparato antienurético y contrato de contingencias. En el tratamiento clínico se utilizaron diez sesiones con cada padre de niño enurético. En el tratamiento de grupo se trabajó con grupos de 4 a 10 padres durante 5 sesiones. Por último, en la intervención mínima se aplicaban 3 sesiones a grupos de 12 a 20 padres.

Por nuestra parte, en nuestro trabajo hemos querido poner a prueba un modelo de intervención de amplio espectro, por medio del entrenamiento de padres de niños enuréticos. Frente a trabajos anteriores en los que se ha utilizado la alarma como procedimiento básico, ponemos a prueba la eficacia de un paquete comportamental complejo que incluye: a) eliminación de castigos; b) eliminación de pañales; c) no restricción de líquidos; d) retención voluntaria e interrupción del chorro; e) contrato conductual; f) entrenamiento en autonomía; g) práctica positiva; y h) autorregistros.

2. LA PREPARACIÓN DEL TRABAJO

La preparación del trabajo previo a nuestra intervención constó de los siguientes puntos:

a) Preparación del material del texto a impartir, con revisión de la bibliografía pertinente. Este material forma ya un texto base que cuenta con esquemas explicativos.

b) Preparación de los instrumentos psicológicos y de evaluación de conocimientos del programa, de la cual hablaremos en un apartado posterior.

c) Preparación de los psicólogos y alumnos de 5º de Psicología que llevaron a cabo la exposición de los contenidos del programa, así como el pase de pruebas de evaluación y la asistencia a los padres. Esto se realizó mediante cinco reuniones de formación de grupo, de dos horas de duración cada una.

3. MÉTODO

Este apartado lo dedicaremos a la presentación de la fase experimental de este trabajo de investigación. Describiremos el procedimiento de acceso a la muestra, el volumen de participantes y las características de los mismos, las pruebas utilizadas y el modo de utilización de éstas.

3.1. El procedimiento de acceso a la muestra

Con el fin de tener acceso a una muestra de padres de niños enuréticos, nos pusimos en contacto con varios centros de Educación General Básica de las islas de Gran Canaria y Tenerife, donde, después de explicar los propósitos de nuestro programa, se nos dió permiso para que realizáramos el programa de entrenamiento de padres de niños enuréticos. Asimismo contactamos con Asociaciones de Vecinos y de Padres.

3.2. Volumen de participantes y descripción

La muestra a la que se pudo acceder, estaba compuesta por 246 padres (contamos como "padre" a cualquier padre, madre o pareja de padres) que completaron cada una de las pruebas de la batería que pasamos. De estos 246 padres, 150 formaron parte del grupo experimental, y 96 del grupo control.

Una de las características de la muestra de padres era el lugar de residencia. En este caso, se diferenció únicamente entre urbano y rural, considerando como urbano al grupo de personas que habitaban en una población igual o mayor a 50.000 habitantes, criterio a partir del cual se hace actualmente dicha distinción (INE, 1984). De este modo, nuestro grupo experimental estaba formado por un 60% de personas que habitaban en un núcleo urbano y un 40% que lo hacían en un núcleo rural, mientras que en el grupo control esta variable se distribuía al 50%.

Para el grupo experimental, el rango de edad de los padres oscilaba entre 25 y 57 años con una media de 39.5 años. Con respecto al género, en el 80% de los casos acudió al programa sólo la madre, en un 18% el padre y la madre, y en el 2% restante sólo el padre. Para el grupo control, el rango de edad oscilaba entre 23 y 55 años con una media de 37 años y en todos los casos el protocolo de pruebas se realizó solamente con la madre.

En cuanto a los niños/as que iban a ser entrenados/as por sus padres, el 66,6% eran niños ($n=100$) y el 33,4% niñas ($n=50$), con un rango de edad entre cinco y doce años, una media de siete años, y una moda de seis.

3.3. Modo Operativo

Nuestro programa de entrenamiento de padres de niños enuréticos se basó en sesiones de tipo informativo y sesiones asistenciales.

El contenido de nuestro programa informativo comprendió los siguientes aspectos:

- 1) Concepto de enuresis.
- 2) Elementos fisiológicos y de maduración en el control de la orina.
- 3) Consecuencias de la enuresis.
- 4) Paquetes de tratamiento eficaces utilizados en la literatura sobre enuresis.

En cuanto a la fase asistencial, tenía lugar semanalmente y en ella se revisaban las tareas solicitadas a los padres, así como los resultados obtenidos, reorientando a los padres en caso necesario.

A continuación, nos detendremos en dos apartados: uno en el que presentamos la descripción y explicación de cada una de las pruebas que se pasaron a los padres; y otro donde ofrecemos un acercamiento a la forma de administrar dichas tareas.

3.3.1. Pruebas

En nuestra investigación se usaron las siguientes pruebas:

a) Versión reducida de la escala de conocimientos terapéuticos de Pelechano (ECT, 1980):

La escala en su versión reducida cubre cuatro factores racionales cuyos nombres e ítems (respetando la numeración original) son los siguientes:

Factor 1.- Acento en interpretaciones comportamentales asentadas en categorías de aprendizaje (ítems 8, 9, 10, 12, 13, 19 y 23). Implica una preocupación por los procesos de aprendizaje.

Factor 2.- Necesitarismo y apelaciones biológicas en la interpretación de la conducta humana (ítems 1, 2, 6, 7, 15 y 28). Implica interpretaciones biológicas y fatalistas de la conducta humana. Predomina la apelación a fuerzas internas (biológicas o no) para comprender y analizar las acciones humanas.

Factor 3.- Dinámica y eficacia del refuerzo (ítems 3, 5, 11, 16, 20, y 24). Área de refuerzos positivos.

Factor 4.- Refuerzos aversivos y castigos (ítems 4, 17, 18, 21, y 22). Situaciones donde se aplica usualmente estímulos punitivos directos o retirada de recompensas.

La cumplimentación de la escala fue bastante sencilla para los padres entrevistados. Las alternativas de respuesta eran siempre “sí” / “no”.

De esta escala se pueden sacar cuatro puntuaciones parciales, una para cada uno de los factores racionales aislados.

b) Entrevista a los padres (Pelechano, 1980): intenta ofrecer un panorama general anamnésico y hacer una valoración del estado actual de la persona.

c) Cuestionario de enuresis (Bethencourt y colaboradores, véase apéndice); con él tratamos de realizar un análisis de conducta de este problema concreto.

3.3.2. Modo de aplicación

Se utilizaron entrevistadores para obtener los datos y para exponer el contenido del curso. Se trataba de licenciados y estudiantes de quinto curso de Psicología de la Universidad de La Laguna.

El pase de las pruebas fue realizado en una o dos sesiones y de forma individual.

El orden en que se pasaron las pruebas fue el siguiente:

a) Pretest: entrevista a los padres, cuestionario de enuresis, y escala de conocimientos terapéuticos.

b) Retest: cuestionario de enuresis, y escala de conocimientos terapéuticos. Esta fase posttest se realizaba al finalizar la fase asistencial.

Utilizamos un diseño de grupo control pretest y posttest. Una vez pasadas las pruebas del pretest formamos dos grupos de padres igualados en edad, nivel socioeconómico y motivación al cambio en el problema. Un grupo actuó como grupo control (pasando por el pase de prueba antes-después pero sin recibir el programa de entrenamiento en enuresis) y el otro como grupo experimental (recibiendo tanto el pase de pruebas como el programa de entrenamiento).

En cuanto al contenido del curso impartido a los padres, ya hemos mencionado anteriormente los temas que en él se desarrollaron.

Creemos que hay aspectos merecedores de un especial interés, en lo que a la aplicación se refiere, como son la fase asistencial y los procedimientos terapéuticos que se emplearon en esta fase con los padres.

En la fase asistencial, los padres eran atendidos una vez a la semana. Tras pasarles la entrevista, el cuestionario de enuresis, y la escala de conocimientos terapéuticos, se estableció un período de línea base. Posteriormente, y una vez desechados problemas tales como infección de orina, patologías renales, de medula espinal, etc., se llevó a cabo el plan de actuación reforzando socialmente a los padres por el trabajo realizado.

El paquete terapéutico base aplicado en esta fase constaba de los siguientes procedimientos:

1) Eliminación de castigos por la conducta enurética: la aplicación de castigos ante este tipo de conductas no es un procedimiento eficaz, llegando en ocasiones a tener graves consecuencias, pues si estos son intensos, se puede producir una inhibición comportamental generalizada.

2) Eliminación de pañales: el uso de pañales suele dar lugar a que los niños no se esfuercen por levantarse de la cama para orinar.

3) No restricción de líquidos: con este proceder podemos colaborar a que la vejiga se acostumbre a aguantar (sin vaciarse) durante algunas horas niveles de orina cada vez mayores.

4) Entrenamiento en retención voluntaria e interrupción del flujo urinario: es un procedimiento conductual y fisiológico que trata de incrementar la capacidad funcional de la vejiga (Kimmel y Kimmel, 1970; Azrin y Foxx, 1974; Azrin y Thienes, 1978; Graña y Carrobles, 1980). Por un lado, el niño/a tiene que tratar de retener la orina durante períodos de tiempo cada vez mayores desde que siente la necesidad hasta que va al servicio. Se le piden cinco minutos de demora el primer día, incrementándose la misma en unos dos o tres minutos al día, esperando que en un período de unas tres semanas logre el criterio de finalización de esta parte del tratamiento: 45 minutos de demora. Por otro lado, el niño/a debe tratar de interrumpir el flujo urinario durante la micción. La realización de estos ejercicios debe ir seguida de refuerzo social por parte de los padres.

5) Contrato conductual: en este contrato los padres se comprometen con el niño/a a aplicar todos los procedimientos que conocen para la mejora del problema enurético. El niño/a, por su parte, se compromete a poner su mejor voluntad en la solución del problema.

6) Entrenamiento en autonomía: este entrenamiento pretende lograr que el niño/a tome conciencia de las consecuencias de mojar la cama. Siempre que moje la cama el niño debe ir al servicio, terminar de orinar, cambiarse de pijama, cambiar las sábanas y hacer su cama.

7) Práctica de despertarse, levantarse e ir a orinar: consiste en que el niño/a debe echarse en la cama con la luz apagada, simulando que duerme, permanecer así durante un minuto, y luego levantarse e ir al cuarto de baño.

8) Registros llevados por el propio niño/a: tendrá un calendario donde se registra cada día que haya conseguido mantener el control, y anotará los minutos de control de la orina y las veces que ha interrumpido la micción.

4. RESULTADOS

En este apartado nos ocuparemos en la presentación de los principales resultados alcanzados hasta el momento por nuestro programa comunitario de entrenamiento de padres.

4.1. Análisis de la escala de conocimientos terapéuticos (ECT)

Un asunto de vital importancia a la hora de la valoración de los resultados se refiere a la evaluación de los cambios en cuanto a conocimientos terapéuticos en general. Hemos utilizado para ello la “escala de conocimientos terapéuticos”, que ha sido cumplimentada hasta el momento en dos ocasiones (pretest y postest), por lo que ya disponemos de los primeros datos del programa (en cuanto a dichos conocimientos se refiere).

Los análisis realizados han sido, en concreto, diferencias de medias mediante el procedimiento t-test del paquete estadístico SPSS-PC+.

Dado que la escala se aplicó en dos ocasiones al grupo experimental y en dos ocasiones al grupo control (pretest-postest), cabrían una serie de comparaciones.

Los principales resultados obtenidos al comparar el grupo experimental en su fase antes con su fase después pueden ser observados en la tabla número 1. Se ha calificado con 2 puntos la respuesta correcta y con 0 puntos la incorrecta.

Los resultados indican que en general los padres que han pasado por nuestro programa han mejorado significativamente sus conocimientos terapéuticos. Esta diferencia es significativa por encima del uno por 1000

($p < .001$). Con este resultado podemos decir que el curso, junto con el material repartido, ha sido eficaz, promoviendo un cambio en los conocimientos terapéuticos de los padres.

Tabla 1.- Escala de Conocimientos Terapéuticos: Comparación Antes-Después para el Grupo Experimental (N =150)

	\bar{X}	D.T.	t	PROB.
FACTOR 1 ANTES	8.6	2.8		
FACTOR 1 DESPUÉS	13.5	.8	-26.1	*
FACTOR 2 ANTES	8.6	1.7		
FACTOR 2 DESPUÉS	9.6	.9	- 5.8	*
FACTOR 3 ANTES	5.4	2.1		
FACTOR 3 DESPUÉS	10.7	.7	-30	*
FACTOR 4 ANTES	3.3	1.5		
FACTOR 4 DESPUÉS	5.8	.6	-19	*

NOTA: N= número de sujetos; \bar{X} = media; D.T.= Desviación Típica; t= t de Student; Prob.= Probabilidad. FACTOR 1= Acento en interpretaciones comportamentales asentadas en categorías de aprendizaje; FACTOR 2= Apelaciones biológicas en la interpretación de la conducta humana; FACTOR 3= Dinámica y eficacia del refuerzo; FACTOR 4= Refuerzos aversivos y castigos; * = $p .001$.

Refiriéndonos a cada uno de los factores racionales aislados por la escala por separado, los datos parecen reflejar una incidencia de nuestro programa sobre las distintas áreas muestreadas por el factor 1 (acento en interpretaciones comportamentales asentadas en categorías de aprendizaje), y por el factor 3 (dinámica y eficacia del refuerzo). No ocurre lo mismo, sin embargo, en el caso del factor 2 (apelaciones biológicas en la interpretación de la conducta humana), y del factor 4 (refuerzos aversivos y castigos) ya que, aunque los cambios son significativos y en el sentido de un mayor conocimiento después del entrenamiento, estos son de menor cuantía, por lo que parece de más fácil manejo el cambio en cuanto a la visión que se tiene sobre

la importancia del aprendizaje en el comportamiento y sobre la importancia y el uso del refuerzo positivo que el cambio en cuanto a las interpretaciones biológicas y a la dinámica y utilización de procedimientos que impliquen procedimientos aversivos y castigo. Tal vez puede ocurrir que en nuestro programa recalquésemos las interpretaciones comportamentales asentadas en categorías de aprendizaje, el hecho bioconductual de la enuresis, y la importancia de la utilización del refuerzo positivo por parte de los padres, y que a la vez hubiésemos explicado a los padres que no deberían utilizar refuerzos aversivos ni castigos severos con sus hijos.

Por último, habría que destacar de la tabla número 1 que, como consecuencia de los efectos de nuestro programa en el conjunto de padres del grupo experimental, se produce una menor dispersión en las puntuaciones obtenidas en cada uno de los factores en la fase "después" (postest), por lo que podemos hablar de un aprovechamiento similar por parte de los padres pertenecientes a este grupo.

Tabla 2.- Escala de Conocimientos Terapéuticos: Comparación Antes-Después para el Grupo Control (N =96)

	\bar{X}	D.T.	t	PROB.
FACTOR 1 ANTES	8.6	3		
FACTOR 1 DESPUÉS	8.7	3	-.9	.39
FACTOR 2 ANTES	8.5	1.8		
FACTOR 2 DESPUÉS	8.3	2	1.7	.10
FACTOR 3 ANTES	5.5	2.1		
FACTOR 3 DESPUÉS	5.3	1.9	1.8	.10
FACTOR 4 ANTES	3.1	1.7		
FACTOR 4 DESPUÉS	3.2	1.5	-1.2	.24

NOTA: N= número de sujetos; \bar{X} = media; D.T.= Desviación Típica; T= t de Student; Prob.= Probabilidad. FACTOR 1= Acento en interpretaciones comportamentales asentadas en categorías de aprendizaje; FACTOR 2= Apelaciones biológicas en la interpretación de la conducta humana; FACTOR 3= Dinámica y eficacia del refuerzo; FACTOR 4= Refuerzos aversivos y castigos.

La misma escala fue cumplimentada por un grupo control de sujetos ($n=96$). Los resultados se pueden apreciar en la tabla número 2.

En el grupo control se aprecia que no hay diferencias de medias significativas, entre el primero y el segundo pase de la ECT (el intervalo temporal entre el pretest y el postest tuvo un rango de uno a 3 meses y una media de dos meses), para ninguno de los factores de esta escala. Estos resultados hablan a favor de la bondad de nuestro programa.

A pesar de los efectos de nuestro programa de intervención en cuanto a los conocimientos terapéuticos de los padres, no deberíamos lanzar las campanas al vuelo sin antes analizar otros resultados; esto es, cabe la posibilidad de que sus puntuaciones fueran distintas a las que podría obtener una muestra diferente, por lo que los efectos del programa serían distintos.

Tabla 3.- Escala de Conocimientos Terapéuticos: Comparación Fase Antes entre el Grupo Experimental ($N=150$) y el de Control ($N=96$)

	\bar{X}	D.T.	t	PROB.
FACTOR 1 EXPER	8.6	2.8		
FACTOR 1 CONTROL	8.6	3	-06	.95
FACTOR 2 EXPER	8.6	1.7		
FACTOR 2 CONTROL	8.5	1.8	.6	.55
FACTOR 3 EXPER	5.4	2.1		
FACTOR 3 CONTROL	5.5	2.1	-5	.61
FACTOR 4 EXPER	3.3	1.5		
FACTOR 4 CONTROL	3.1	1.7	1.8	.40

NOTA: EXPER= grupo experimental; N= número de sujetos; \bar{X} = media; D.T.= Desviación Típica; t= t de Student; Prob.= Probabilidad.

FACTOR 1= Acento en interpretaciones comportamentales asentadas en categorías de aprendizaje; FACTOR 2= Apelaciones biológicas en la interpretación de la conducta humana; FACTOR 3= Dinámica y eficacia del refuerzo; FACTOR 4= Refuerzos aversivos y castigos.

Con el fin de probar la homogeneidad o no del grupo experimental y control de padres, comparamos la fase antes del grupo experimental con la fase antes del grupo control para cada uno de los factores de la ECT. Los resultados obtenidos se encuentran en la tabla número 3.

No existen diferencias en lo que se refiere a los factores racionales tomados individualmente. Creemos que los resultados son satisfactorios, y se manifiestan como un indicador indirecto de la homogeneidad de los padres en cuanto a conocimientos terapéuticos.

Por otra parte, y en cuanto a la comparación de la fase después de la aplicación del programa entre grupo control y experimental, los resultados pueden apreciarse en la tabla número 4.

Tabla 4.- Escala de Conocimientos Terapéuticos: Comparación Fase Después entre el Grupo Experimental (N =150) y el Control (N =96)

	\bar{X}	D.T.	t	PROB.
FACTOR 1 EXPER	13.5	.8	18.4	*
FACTOR 1 CONTROL	8.7	3		
FACTOR 2 EXPER	9.6	.9	6.1	*
FACTOR 2 CONTROL	8.3	2		
FACTOR 3 EXPER	10.7	.7	27.2	*
FACTOR 3 CONTROL	5.3	1.9		
FACTOR 4 EXPER	5.8	.6	15.8	*
FACTOR 4 DESPUÉS	3.2	1.5		

NOTA: EXPER= grupo experimental; N= número de sujetos; \bar{X} = media; D.T.= Desviación Típica; t= t de Student; Prob.= Probabilidad < .05.

FACTOR 1= Acento en interpretaciones comportamentales asentadas en categorías de aprendizaje; FACTOR 2= Apelaciones biológicas en la interpretación de la conducta humana; FACTOR 3= Dinámica y eficacia del refuerzo; FACTOR 4= Refuerzos aversivos y castigos.

Se encuentran diferencias significativas en cada una de las dimensiones de la escala ECT. Estas diferencias siempre son a favor del grupo experimental, de lo que podemos deducir un aprovechamiento del programa por parte del grupo experimental, manteniéndose constantes las puntuaciones del grupo control.

4.2. Eficacia en casos tratados a los 2 Meses de comenzar el tratamiento

Hemos utilizado el criterio de al menos 21 días seguidos sin presencia de ningún episodio enurético para dar por finalizado el tratamiento (aunque seguimos en contacto con los padres por si había recaídas).

Con una media de dos meses de tratamiento los padres han conseguido un 80% (N= 120) de eficacia en los casos tratados. Un 6% (N= 9) ha abandonado la terapia, y en el resto de los casos, 14% (N = 21), hasta esta fecha sólo habíamos conseguido mejoría intermitente o ninguna mejoría.

4.3. Eficacia a los 6 meses de seguimiento

A los 6 meses de seguimiento, hemos apreciado que si tomamos el 80% de los casos positivos, en un 10% (N= 12) se ha producido una recaída. Pero al retomar el caso, 8 de esas 12 recaídas han recuperado en un promedio de 4 semanas de tratamiento el criterio de 21 días sin conducta enurética.

Del 14% resistente al tratamiento, la mitad ha conseguido ya llegar al criterio de 21 días sin mojar la cama, permaneciendo el resto pendiente de replanteamiento, o de la eficacia de la aplicación de un nuevo elemento terapéutico: la alarma urinaria.

4.4. Éxito versus fracaso terapéutico y su relación con algunas variables relevantes de nuestro estudio

La tabla 5 representa los coeficientes de contingencia obtenidos y su nivel de significación al contrastar el éxito y el fracaso obtenido en nuestro programa con algunas de las variables analizadas en este estudio.

Hemos apreciado, tal y como se observa en la tabla, que el porcentaje de éxitos aumenta significativamente en función de la edad (los porcentajes de éxito en función de grupos de edad son concretamente: 5-6 años del 65%; 7-9 años 80%; 10-12 años 95%) y que un mayor porcentaje de niñas alcanzan

el criterio de éxito con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los niños (48 niñas, esto es el 96% de ellas, alcanzan el criterio de éxito terapéutico; el 72% de los 100 niños también logra alcanzar este criterio).

Tabla 5.- Éxito versus fracaso terapéutico y su relación con algunas variables relevantes de nuestro estudio

	C	PROB.
EDAD	5,36	*
SEXO (Varón/mujer)	5,21	*
PADRE VERSUS MADRE	4,72	*
MEJORA EN FACTOR1 ECT	5,6	*
MEJORA EN FACTOR2 ECT	5,4	*
MEJORA EN FACTOR3 ECT	4,9	*
MEJORA EN FACTOR4 ECT	5,8	*

NOTA: C= coeficiente de contingencia; PROB= Probabilidad; * < .05.

En cuanto a la eficacia del tratamiento en función de si es aplicado por el padre o por la madre, tendríamos que decir en función de los datos encontrados que las madres son significativamente más eficaces que los padres a la hora de la aplicación del programa de entrenamiento.

Por último, comentar que la mejora en los distintos factores de la escala ECT va asociada a éxito terapéutico.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a conocimientos terapéuticos, al comparar el grupo experimental de padres con el grupo control. Por otra parte, y en cuanto al grupo control, las puntuaciones antes-después son prácticamente similares. De estos resultados se desprende la eficacia de nuestro programa en cuanto al cambio de conocimientos terapéuticos.

Consideramos que el porcentaje de eficacia en los casos tratados es bastante elevado, tanto a los dos meses de tratamiento como en el seguimiento

realizado a los seis meses, derivándose de nuestros datos que la mejora de los conocimientos terapéuticos de los padres en cuanto al papel de la psicología está relacionada con el éxito en este tipo de programas comunitarios.

Otro aspecto de gran interés, según nos informaron los propios padres, radica en que la solución del problema enurético dio lugar a una mejoría comportamental generalizada en varios de los casos tratados.

En cuanto a las causas de los "fracasos" terapéuticos, estimamos que éstas pueden haberse derivado de la capacidad funcional, la falta de condiciones higiénicas adecuadas (p.e. baños alejados), las instrucciones inadecuadas, el mal ambiente familiar, desestructuración familiar, problemas de salud mental en los padres, vejiga neurógena, etc, por lo que se debe investigar en esta línea.

En resumen, podemos concluir que es viable el tratamiento de la enuresis en base a un modelo de entrenamiento de padres. De todos modos no podemos darnos por satisfechos puesto que no logramos el éxito terapéutico que esperábamos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1988).- *DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S.A.
- Azrin, N.H. y Foxx, R.M. (1974).- *Toilet trainig in less than a day*. Nueva York: Simon and Schuster.
- Azrin, N.H. y Thienes, P.M. (1978).- Rapid elimination of enuresis without conditioning apparatus. *Behavior Therapy*, 9, 342-354.
- Bethencourt Pérez, J.M., García Medina, P., Ramos Pérez, C., Díaz Cruz, F., Fernández Valdez, A. y De León Rodríguez, R. (1994). Informe del proyecto: Entrenamiento de padres de niños enuréticos. Mimeo.
- Butler, R.J.(1987).- *Nocturnal enuresis: psychological perspectives*. Bristol: Wright.
- Cáceres Carrasco, J. (1982).- *Como ayudar a su hijo si se hace pis en la cama*, Madrid, Siglo XXI.
- Cáceres Carrasco, J. (1993).- Tratamiento comunitario de la enuresis, en Maciá, D., Méndez, F., y Olivares, J (Eds): *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid. Pirámide.
- Ferguson, D.M., Hons, B.S., Horwood, L.J. y Shannon, F.T.(1986).- Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: an 8 years longitudinal study. *Pediatrics*, 78, 5, 884-890.
- Graña, J.L. y Carroble, J.A.I. (1980).- Enuresis y desarrollo de la capacidad funcional de la vejiga: Estudio comparativo, *Estudios de Psicología*, 3, 29-39.

- Houts, A.C. (1991).- Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem, *Behavior Therapy*, 22 (2), 133-152.
- INE (1984).- *Censo de población 1981*. Tomo III. Resultados Comunidad Autónoma de Canarias. Madrid. Artes gráficas.
- Kimmel, H.D. y Kimmel, E.C. (1970).- An instrumental conditioning method for the treatment of enuresis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 121-123.
- Norgaard, J.P. (1989).- Urodynamics in enuretics: I Reservoir function, *Neurology and Urodynamics*, 8, 199-211.
- Norgaard, J.P., Rittig, S. y Djurhuus, J.C. (1989).- Nocturnal enuresis: An approach to treatment based on pathogenesis, *The Journal of Pediatrics*, 14, 705-710.
- Pelechano, V. (1980).- *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplus.
- Rahim, S.I.A. y Cederblad, M. (1986).- Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum, Sudan: I. Extensive study. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 75, 1017-1020.
- Sánchez Tapado, M., Sánchez, A., Romero, F (1983).- Enuresis I: estudio sociológico del fenómeno enurético. *Actas Urológicas Españolas*, 7, 2, 117-122.
- Toro, J. (1992).- *Enuresis: causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

ANEXO

CUESTIONARIO DE APROXIMACIÓN
A LA ENURESIS

BETHENCOURT PÉREZ, J.M., GARCÍA MEDINA, P.,
RAMOS PÉREZ, C., DÍAZ CRUZ, D., FERNÁNDEZ VALDÉZ,
A. y DE LEÓN RODRÍGUEZ, R.

CENTRO ESCOLAR:
 NOMBRE PADRE: EDAD:
 PROFESION: ACTIVIDAD LABORAL:
 NOMBRE MADRE: EDAD:
 PROFESION: ACTIVIDAD LABORAL:
 NUMERO HIJOS PAREJA: ESTADO CIVIL PAREJA:
 NOMBRE HIJO A TRATAR: EDAD HIJO:
 CURSO: SEXO:

¿CUÁNTAS NOCHES A LA SEMANA MOJA EL NIÑO/A LA CAMA?
 ¿CUÁNTAS VECES MOJA LA CAMA POR LA NOCHE?
 ¿LA HA MOJADO SIEMPRE?
 ¿CUÁNDO EMPEZÓ EL PROBLEMA?
 ¿CUÁNTAS VECES ORINA DURANTE EL DÍA?
 ¿SE ORINA SIN CONTROL SOLO EN DÍAS DE COLEGIO?
 ¿EMPEZÓ EL PROBLEMA CON EL NACIMIENTO DE UN HERMANO?
 ¿LO HACE MÁS CUANDO ESTÁ NERVIOSO O IRRITADO?
 ¿HUBO ALGÚN PERÍODO EN QUE DEJÓ DE MOJAR LA CAMA?
 EN CASO AFIRMATIVO. ¿COINCIDIÓ CON
 ALGÚN CAMBIO EN SU VIDA?

¿QUÉ HACE USTED Y/O SU PAREJA CUANDO
 EL NIÑO/A MOJA LA CAMA?
 (Marcar con una X)

LE RIE LA GRACIA	.....	LE REPROCHA	.....
SE MUESTRA INDIFERENTE	.....	LE CASTIGA	.....
SE MUESTRA ENFADADO	.....	LE AMENAZA	.....
SE RIEN DE EL/ELLA	.....	

¿SE PERCATA EL NIÑO/A DE QUE EL MOJAR LA CAMA
 LE PROPORCIONA VENTAJAS?

- ¿HA INTENTADO USTED SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE ALGUNA FORMA?
- CASO AFIRMATIVO
- ¿COMO?
-
-
- ¿DESDE QUE EDAD?
- ¿PADECE EL NIÑO/A ALGÚN PROBLEMA RENAL, LESIÓN EN LA MÉDULA ESPINAL O INFECCIÓN DE ORINA?
- ¿UTILIZA TOALLAS, GASAS O PAÑALES DE PLÁSTICO POR LA NOCHE?
- ¿LE RESTRINGE LOS LÍQUIDOS AL FINAL DEL DÍA?
- ¿SE VISTE SOLO/A?
- ¿COME SOLO?
- ¿ES AGRESIVO?
- ¿PARECE TÍMIDO?